

CONSIDÉRATIONS
sur le
Cancer du Corps utérin
et en particulier sur le
Traitement par Hystérectomie vaginale
THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le 29 Juillet 1935

POUR OBTENIR LE GRADE DE
Docteur en Médecine

PAR

M^{me} LEGROS, née LEDAN Jeanne-Marie

Née à Villers-Bocage (Calvados), le 2 Juin 1908

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

{	MM. HAMANT, professeur...	Président
	ROBERT, professeur. ...	{ Juges
	VERMELIN, agrégé.....	
	CHALNOT, agrégé.....	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties de l'enseignement médical

IMPRIMERIE A. TOLLARD
2-4, Rue de Maréville, 2-4
NANCY-LAXOU

1935

CONSIDÉRATIONS
sur le
Cancer du Corps utérin
et en particulier sur le
Traitement par Hystérectomie vaginale
THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le 29 Juillet 1935

POUR OBTENIR LE GRADE DE
Docteur en Médecine

PAR

M^{me} LEGROS, née LEDAN Jeanne-Marie

Née à Villers-Bocage (Calvados), le 2 Juin 1908

EXAMINATEURS DE LA THÈSE : { MM. HAMANT, professeur... *Président*
ROBERT, professeur... }
VERMELIN, agrégé..... } *Juges*
CHALNOT, agrégé..... }

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties de l'enseignement médical

IMPRIMERIE A. TOLLARD
2-4, Rue de Maréville, 2-4
NANCY-LAXOU

1935

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. L. SPILLMANN, O $\star$, I $\star$.

Professeurs honoraires : MM. NICOLAS, $\star$, I $\star$; WEISS, O $\star$, I $\star$;

BOUIN, O $\star$, I $\star$; ANCEL, $\star$, I $\star$; GARNIER, $\star$, I $\star$;

MACÉ, $\star$, I $\star$; P. PARISOT, O $\star$, I $\star$; DUFOUR, $\star$, I $\star$; G. THIRY, $\star$, I $\star$.

Professeurs :

Anatomie pathologique	M. L. HOCHÉ, O $\star$, I $\star$.
Clinique médicale	M. G. ETIENNE, O $\star$, I $\star$.
Clinique des malad. syphilit. et cutanées	M. L. SPILLMANN, O $\star$, I $\star$.
Cliniq. de chir. infantile et d'orthopédie	M. FRÉLICH, $\star$, I $\star$.
Physiologie	M. M. LAMBERT, $\star$, I $\star$.
Clinique obstétricale et Accouchements	M. A. FRUHINSCHOLZ, O $\star$, I $\star$.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	M. P. JACQUES, $\star$, I $\star$.
Clinique de chirurgie urinaire	M. P. ANDRÉ, $\star$, I $\star$.
Histologie	M. R. COLLIN, $\star$, I $\star$.
Anatomie descriptive	M. M. LUCIEN, $\star$, I $\star$.
Clinique chirurgicale	M. G. MICHEL, $\star$, I $\star$.
Clinique médicale	M. L. RICHON, $\star$, I $\star$.
Chimie médicale	M. H. ROBERT, $\star$, I $\star$.
Thérapeutique	M. M. PERRIN, $\star$, I $\star$.
Hyg. ène et médecine préventive	M. J. PARISOT, C $\star$, I $\star$.
Clinique chirurgicale	M. HAMANT, $\star$, I $\star$.
Clinique ophtalmologique	M. P. JEANDELIZE, $\star$, I $\star$.
Hydrologie	M. SANTENOISE, $\star$, A $\star$, agr.
Clinique des maladies des enfants	M. L. CAUSSADE, $\star$, I $\star$.
Bactériologie	M. DE LAVERGNE, $\star$, I $\star$.
Professeurs sans chaire	M. L. JOB, $\star$, I $\star$; M. WATRIN, $\star$, I $\star$;

Chargés de cours complémentaires :

Clinique des maladies tuberculeuses ..	M. M. PERRIN, $\star$, I $\star$, professeur. M. P. SIMONIN A $\star$, agrégé.
Pathologie générale	M. P. SIMONIN, A $\star$, agrégé.
Clinique gynécologique	M. A. BINET, $\star$, I $\star$, agrégé libre.
Pathologie externe	M. GUILLEMIN, A $\star$, agrégé.
Clinique des maladies contagieuses	M. DE LAVERGNE, $\star$, I $\star$, professeur.
Propédeutique dermatologique	M. WATRIN, $\star$, I $\star$, prof. sans chaire.
Médecine opératoire	M. M. BARTHÉLEMY, $\star$, I $\star$, agr. libre.
Electrothérapie et radiologie	M. G. LAMY, $\star$, I $\star$, ch. du c. ag. lib.
Accouchements (cours théorique)	M. JOB, $\star$, I $\star$, prof. sans chaire.
Obstétrique	M. VERMELIN, $\star$, A $\star$, agrégé.
Clinique propédeutique médicale	M. DROUET, A $\star$, agrégé.
Anatomie et Médecine légale	M. MUTEL, $\star$, I $\star$, agrégé.
Pathologie interne	M. ABEL, $\star$, I $\star$, agrégé.
Clinique des maladies mentales	M. HAMEL, $\star$, docteur.
Éducation physique (1)	M. L. MERKLEN, A $\star$, agrégé.
Physiologie du travail	M. L. MERKLEN, A $\star$, agrégé.
Clinique neurologique (1)	M. MICHON, docteur.
Propédeutique O.-R.-L. (1)	M. AUBRIOT, docteur.
Parasitologie	M. DOMBRAY, docteur.

Agrégés en exercice :

MM. MERKLEN, A $\star$. FLORENTIN. BODART. CHALNOT. WOLFF.	MM. POURSINES. MELNOTTE, O $\star$. MUTEL, $\star$, I $\star$. VERMELIN, $\star$, A $\star$.	MM. GUILLEMIN, A $\star$. ABEL, $\star$, A $\star$. DROUET, A $\star$. SIMONIN, A $\star$.
---	--	--

Agrégés libres :

MM. G. GROSS, $\star$, I $\star$; S. RÉMY, I $\star$; BUSQUET, I $\star$.
M. FAIRISSE, I $\star$; BINET, $\star$, I $\star$; BARTHÉLEMY, $\star$, I $\star$; LAMY, $\star$, I $\star$;
M. E. TRIBOLET, I $\star$, Secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.



A MES CHERS PARENTS

En témoignage de ma grande
affection et de ma reconnais-
sance.

A MON CHER MARI

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE

A MON FILLEUL

A MA TANTE

ET A MON ONCLE, LE DOCTEUR DAMOUR

A MES BEAUX-PARENTS

A MA FAMILLE, A CELLE DE MON MARI

ET A TOUS MES AMIS

A MON PRESIDENT DE THESE

M. le Professeur HAMANT

*Professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté de Médecine
de Nancy*

Chevalier de la Légion d'Honneur

En témoignage de ma reconnaissance et de ma respectueuse admiration.

A MES JUGES

M. le Professeur H. ROBERT

*Professeur de Chimie Médicale à la Faculté de Médecine de Nancy
Chevalier de la Légion d'Honneur*

M. le Professeur Agrégé VERMELIN

*Professeur Agrégé d'Obstétrique à la Faculté de Médecine de Nancy
Chevalier de la Légion d'Honneur*

M. le Professeur Agrégé CHALNOT

A qui je dois l'idée de ce travail et qui m'a guidée dans son élaboration.

A MES MAITRES

DE LA FACULTE DE MEDECINE DE PARIS
ET DE LA FACULTE DE MEDECINE DE NANCY

A MES MAITRES D'EXTERNAT

M. le Professeur LEJARS (in mémoriam).

M. le Professeur GARNIER.

M. le Professeur GOUGEROT.

INTRODUCTION

Il nous a paru intéressant de rassembler quelques documents puisés au service de M. le Professeur HAMANT, montrant les avantages de l'hystérectomie vaginale dans le traitement du cancer du corps de l'utérus. En effet, trop de chirurgiens restent encore convaincus qu'il n'existe qu'une opération possible: l'hystérectomie abdominale et ne considèrent l'hystérectomie vaginale que comme une méthode d'exception. Il nous semble, au contraire, que le traitement de choix du cancer du corps, qui apparaît chez les vieilles femmes, réside dans le procédé par voie vaginale.

Il résulte d'une expérience de nombreuses années que l'hystérectomie vaginale est une opération simple, peu grave, présentant des avantages indiscutables, et donnant des résultats parfaits tant immédiats qu'éloignés.

Reconnaissant tous ses mérites à l'hystérectomie abdominale, nous essaierons de donner à chacune de ces opérations la place qu'elle mérite en nous appuyant sur des cas observés et traités pendant plusieurs années.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CHAPITRE PREMIER

Considérations cliniques

Le cancer primitif du corps de l'utérus est le moins fréquent des cancers de l'utérus. Les statistiques varient de 3 à 30 % du nombre total des cancers de l'utérus.

Quelquefois, on observe la coexistence de deux cancers: cancer du corps et cancer du col, sans toutefois que l'on puisse parler de métastase. Il existe alors deux noyaux individuels de structure différente: noyau d'épithélioma cylindrique sur le corps, noyau d'épithélioma pavimenteux sur le col. Il s'agit d'un véritable double cancer de l'utérus, qu'il faut systématiquement rechercher, d'autant plus que les traitements des cancers du col et du corps sont différents.

En général, le cancer du corps apparaît chez des femmes âgées, génitalement parlant, aux environs de la ménopause (50 à 60 ans), ou parfois longtemps après. Ce n'est qu'exceptionnellement que le cancer du corps atteint des femmes jeunes (30 à 35 ans).

La précocité du diagnostic reste, à l'heure actuelle, le facteur essentiel des bons résultats en matière de cancer du corps; malheureusement, la lenteur de l'évolution, l'atténuation des signes subjectifs, la négligence et l'ignorance des malades les décident difficilement à venir con-

sulter, et il est des femmes qui attendent des mois, voire des années (une malade est venue au bout de sept ans) avant de se faire examiner.

SYMPTOMES FONCTIONNELS

a) LES PERTES SANGUINES. — C'est un signe pour ainsi dire constant

L'histoire des malades est presque toujours la même. Elles ont eu leur ménopause à un âge normal, sans troubles ni écoulements d'aucune sorte. Puis, brusquement, sont apparues des pertes sanguines peu abondantes, mais continues. Quelquefois, au début, il s'agissait d'écoulements blancs glaireux, gommeux, empesant le linge. Parfois, survient brutalement et sans aucun signe précurseur une véritable hémorragie de sang rouge, abondante et qui se renouvelle quelque temps après. Le plus souvent, les pertes, d'abord séreuses, blanchâtres, deviennent rosées, sanguinolentes, puis hémorragiques, roussâtres, en même temps qu'elles prennent une odeur fétide (ce qui est d'ailleurs un signe tardif d'évolution). Le caractère principal de ces pertes est leur continuité et l'absence totale de réaction à tout traitement médical.

b) LES DOULEURS. — Les douleurs sont un signe très infidèle et dont l'apparition est des plus capricieuses. Constituant rarement le symptôme initial, elles sont le plus souvent tardives, et parfois même absentes.

Elles revêtent différentes formes: ou bien ce sont des douleurs à type d'irradiation nerveuse, irradiant dans les membres inférieurs, la région lombaire, le bas-ventre; ou

bien ce sont des douleurs comparables à de véritables coliques utérines, analogues à celles qui précèdent l'arrivée des règles, dues probablement à l'expulsion de débris néoplasiques ou de caillots.

Elles sont très variables dans leur intensité, parfois très violentes, très difficilement supportées par les malades, et les amenant à la consultation, tandis que, souvent, les pertes ne les incommode pas et ne les inquiètent pas.

Pour TIXIER, les douleurs constituent, lorsqu'elles coexistent avec des pertes sanguines, un signe presque pathognomonique du cancer du corps.

c) SIGNES ACCESSOIRES. — A côté de ces signes fonctionnels caractéristiques, se placent des signes accessoires, d'ailleurs inconstants, et de moindre importance:

La température, parfois assez élevée pour faire retarder une intervention. Sa recherche doit être systématique et son élévation oblige à certaines précautions post-opératoires.

Les troubles de compression du côté de la vessie, du rectum, sont assez rares. *Les troubles digestifs* également.

L'état général est le plus souvent parfaitement conservé.

SIGNES PHYSIQUES

Presque toujours, l'histoire de la malade suffit à faire poser le diagnostic. Le toucher vaginal est parfois trompeur, mais il s'imposera pour le choix du traitement. On trouvera le plus souvent, au début, un col normal; quelquefois, le corps sera un peu augmenté de volume mais mobile. Ce n'est qu'à une période très avancée que l'utérus sera gros, fixé, accompagné d'un envahissement des annexes,

FORMES CLINIQUES

A côté du cancer-type des femmes âgées, survenant après la ménopause, il faut faire une place, quoique peu importante, au cancer des femmes jeunes. Ce cancer exceptionnel a tous les caractères du cancer de la ménopause, mais a une évolution extrêmement rapide et grave. HERVÉ, dans sa thèse, nous signale une malade de 30 ans, encore réglée, dont l'examen histologique a montré un épithélioma cylindrique typique. Ce cancer a évolué très rapidement, a provoqué la mort en peu de temps avec métastases nombreuses.

HERVÉ oppose encore la « relative fréquence du cancer du corps chez les vierges à l'absence à peu près complète du cancer du col dans cette même catégorie de femmes ». Cette notion serait d'une grosse importance puisqu'elle permettrait, devant le tableau symptomatique de cancer chez une vierge, d'éliminer le cancer du col (TIXIER).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET FORMES ANATOMIQUES

1° L'EXAMEN MACROSCOPIQUE montre que la tumeur siège sur le fond de l'utérus, qui est plus ou moins augmenté de volume, dans tous ses diamètres, surtout selon le transversal. La cavité est agrandie, sinueuse, quelquefois remplie de pus.

Le cancer peut apparaître sous des formes variables:

La forme circonscrite. — Représentée par une tumeur saillante, de la grosseur d'une noix ou d'un œuf, masse

arrondie, irrégulière, friable, bourgeonnante, implantée sur le fond, distendant l'organe.

La forme diffuse. — Se présentant sous la forme de petites nodosités occupant une surface assez large ou sous la forme d'une plaque.

La tumeur s'extériorise plus ou moins vers la cavité, ou s'infiltré dans la paroi, ce qui explique la friabilité de certains utérus.

Dans l'une et l'autre forme, l'envahissement du cancer ne gagne pas la région inférieure de la cavité utérine, de telle sorte qu'une section faite au-dessous de l'isthme est très éloignée de la zone cancéreuse. Ce fait justifie l'idée du Professeur J.-L. FAURE que l'hystérectomie subtotale est souvent applicable au traitement du cancer du corps.

En dehors de la tumeur, la muqueuse utérine présente des lésions de métrite expliquant l'hydrorrhée et la pyorrhée concomitantes. Les annexes sont souvent atteintes de lésions inflammatoires, rarement de lésions néoplasiques.

2° CARACTÈRES MICROSCOPIQUES. — Presque toujours, c'est un *épithélioma cylindrique* dans lequel les cellules épithéliales forment des boyaux qui infiltrent le muscle parfois profondément.

Il faut distinguer :

Le cancer typique, dans lequel on reconnaît l'architecture glandulaire, et qui est la forme la plus courante.

Le cancer atypique, dans lequel on ne reconnaît ni cellules cylindriques ni architecture.

Le cancer métatypique, entre les formes précédentes, comprenant tous les intermédiaires.

L'examen histologique est délicat, parce qu'il est fait

sur des débris de curettage et non pas sur un fragment unique, bien coupé et bien orienté. Les fragments ne s'étendent pas en profondeur, la curette a sectionné transversalement les bourgeons et l'on ne peut juger des anomalies architecturales.

Seules donc, les anomalies de structure serviront au diagnostic. On recherchera les anomalies cellulaires: monstruosités, développement anormal ; les anomalies des noyaux: karyokinèses nombreuses et anormales, monstruosités nucléaires.

Plus rarement, le cancer est du type *épithélioma pavimenteux*. Il aurait alors pour origine, soit des cellules métaplasées au cours d'une métrite préexistante, soit des cellules cylindriques métaplasées au cours de la cancérisation.

EVOLUTION

Le cancer du corps évolue lentement; il peut durer des années, trois, quatre, cinq ans. Cette évolution est entrecoupée de phénomènes aigus. La mort survient par cachexie, par urémie, quelquefois hâtée par l'apparition de métastases au niveau du foie ou des poumons. Les complications peuvent être mécaniques: anurie, occlusion intestinale, fistules vésico ou recto-utérines; elles peuvent être inflammatoires: salpingite, phlegmon du ligament large, phlébites du bassin ou des membres inférieurs. Le cancer du corps utérin est moins grave que le cancer du col, car il reste plus longtemps local et son évolution est plus lente. Il faut remarquer par ailleurs que cette évolution est d'autant plus lente que la femme est plus âgée.

DIAGNOSTIC

« Une femme opérée du cancer du corps au début a environ 80 chances sur 100 de rester définitivement guérie. » (DUVAL). D'où l'importance qu'il y a à établir un diagnostic précoce.

J.-L. FAURE dit: « Il ne faut pas faire d'exploration intra-utérine dans le cancer du corps, c'est une exploration inutile et dangereuse. Il faut enlever tout utérus suspect ».

Cette formule serait acceptable si l'opération était sans gravité, mais n'oublions pas que le cancer du corps est un cancer de femmes âgées, chez lesquelles une intervention, qui serait bénigne chez des femmes jeunes, peut être grave.

Il faut donc nous appliquer à obtenir des diagnostics précis et certains pour n'intervenir qu'à coup sûr.

J.-L. FAURE dit encore: « Toute femme qui perd après la ménopause, et qui n'a rien au col, a les plus grandes chances d'avoir un cancer du corps ». Cette autre formule qui, quoique exagérée, peut être vraie chez les femmes ayant eu leur ménopause depuis longtemps, est fausse quand il s'agit de femmes aux environs de la ménopause.

Ceci nous amène à considérer deux périodes, suivant lesquelles les diagnostics seront différents et par là même les moyens de les assurer.

a) *Femmes chez lesquelles les hémorragies apparaissent brusquement après la ménopause:*

Dans cette catégorie de femmes, 90 % des hémorragies relèvent du cancer du corps. Néanmoins, il en reste 10 % qui peuvent être attribuées à des myomes intra-utérins (hémorragies plus abondantes, s'accompagnant d'une amorce de dilatation du col) et aux métrites séniles.

b) Femmes aux environs de la ménopause:

On attribue 5 à 6 % des hémorragies de la ménopause au cancer, 94-95 % à des lésions métritiques ou ovariennes:

Les hyperplasies pures non cancéreuses, dues à des lésions ovariennes susceptibles de guérison par la Roëntgenthérapie;

Les hyperplasies cancéreuses ou états précancéreux.

Il est donc nécessaire de pratiquer *des biopsies* chez les femmes présentant des hémorragies de la ménopause.

Elles seront pratiquées par:

Le curettage. — « Se fera soit directement, soit après dilatation préalable. On emploiera la curette de DOUAY, constituée par une petite cupule arrondie, supportée par deux montants latéraux tranchants. Elle s'introduit assez facilement dans l'utérus. Pour faire le prélèvement, il suffit de tourner dans le sens des aiguilles d'une montre; la partie tranchante sectionne les bourgeons que l'on retire avec la curette. Une curette ordinaire peut d'ailleurs être employée ; nous rappelons seulement les précautions de prudence qui s'imposent dans ces curettages explorateurs, ils doivent être pratiqués avec beaucoup de soins et de douceur, en passant méthodiquement la curette sur chaque face car, au début, la lésion peut être localisée. » (Lucie GEORGES-GASNE). Il faut ensuite recueillir les débris sur une compresse, le sang s'imbibe et les bourgeons néoplasiques sont visibles. Les biopsies sont envoyées au laboratoire dans un fixateur; le liquide de BOUIN est employé le plus souvent.

Autres méthodes de diagnostic

L'exploration méthodique de la cavité utérine à l'hysté-

romètre est employée par VIOLET depuis une vingtaine d'années.

« Une fois introduit l'hystéromètre dans l'utérus, enlever la valve vaginale postérieure. Une pince tire sur le col. Deux doigts introduits dans le cul-de-sac postérieur soutiennent le col pendant que de l'autre main on promène l'hystéromètre d'avant en arrière, puis d'arrière en avant sur les parois antérieures puis postérieures de la cavité du corps utérin.

L'hystéromètre doit être fort, rigide, bien en main. Cette manœuvre est donc sans danger dans des mains prudentes et peut déceler non seulement un cancer, mais des pyométries latentes et permettre de les vider, ce qui n'est pas une précaution inutile avant l'opération, qu'elle soit vaginale ou abdominale. »

Au service de M. le Professeur HAMANT, on utilise, dans les cas douteux, *l'exploration radiologique de l'utérus par le procédé des couches minces*. (Société de Gynécologie et d'Obstétrique, 1934.) En voici le principe:

« Une faible épaisseur de substance opaque répartie également sur une muqueuse en épouse le relief et donne une image de surface, tandis qu'une quantité massive donne un moule.

La technique en est très simple. On emploie les deux bouts d'une sonde urétérale n° 16 coupée au milieu. Un des bouts est enfoncé jusqu'au fond utérin, l'autre bout jusqu'à l'orifice supérieur du canal cervical, de façon à établir un double courant. On injecte alors de la Diagonthorine, suspension colloïdale d'oxyde de Thorium à 25 %. Les seules contre-indications de ce procédé sont la grossesse, les hémorragies profuses, les états infectieux aigus.

L'Hystéroskopie

Depuis 1933, l'hystéroskopie, restée dans l'ombre pendant longtemps, parce que mal au point, permet, grâce aux hystéroscopes-laveurs construits en France, sur les indications de SEGOND et de DAVID, de faire les diagnostics de néoplasmes intra-utérins.

A la clinique de M. le Professeur HAMANT, où l'on emploie beaucoup ce procédé, l'hystéroskopie a fait poser de nombreux diagnostics de néoplasmes du corps de l'utérus.

L'appareil se compose d'un tube explorateur dans lequel on remplace le mandrin d'introduction par un système appelé « berceau », qui porte l'éclairage, l'optique, un dispositif de lavage et une pince à biopsie. Le système optique orientable permet d'examiner le fond et les parois de l'utérus.

La technique est assez simple. Les femmes sont préparées comme pour un curettage. On introduit le tube explorateur, muni d'un mandrin que l'on remplacera par le berceau, dans l'utérus après avoir fait une dilatation avec des bougies de HEGGAR allant jusqu'au n° 10.

DIAGNOSTIC D'OPERABILITE

Nous verrons qu'en principe, le cancer du corps est toujours chirurgical.

D'autre part, le cancer du corps est presque toujours opérable. Les statistiques oscillent entre 30 % (WINCKEL) et 100 % (KROMING). Ce n'est que tardivement, à une période correspondant à une évolution très avancée, que l'utérus, complètement envahi par le néoplasme, se fixe aux orga-

nes voisins et donne des métastases. C'est en effet un des cancers qui évoluent le moins rapidement.

La seule condition d'opérabilité est la mobilité de l'utérus. Alors que dans le cancer du col et du canal endo-cervical, l'envahissement est rapide, la tumeur du corps reste longtemps localisée. Il est donc capital de s'assurer que l'utérus n'est pas fixé et que les culs-de-sac sont souples.

L'extension ganglionnaire est aussi très tardive, elle se fait d'abord en profondeur et est par conséquent pratiquement impossible à rechercher. On ne peut donc pas compter sur elle pour décider l'intervention.

Lorsque les ganglions superficiels apparaissent, les lésions sont alors très étendues et il est rare que l'utérus soit encore mobile. Il n'est plus temps d'opérer.

CHAPITRE II

Le Traitement

La Radiumthérapie

Pendant longtemps, le traitement du cancer du corps a été d'ordre essentiellement chirurgical. Depuis quelques années, les progrès des méthodes physiques sont venus ajouter la curiethérapie, la roëntgenthérapie aux méthodes chirurgicales. A l'étranger surtout, on applique la radiumthérapie, soit comme seul traitement, soit comme adjuvant. ADLER, de Vienne, fidèle à l'hystérectomie vaginale, a amélioré de 15 % ses résultats en appliquant dans chacun des paramètres 50 milligrammes de radium pendant six heures.

DOEDERLEIN, de Munich, croit à la supériorité de l'irradiation sur l'intervention sanglante.

En France, on ne pratique pour ainsi dire pas la curiethérapie dans le cancer du corps, les résultats fournis n'engageant pas du tout à persévérer dans cette voie. La curiethérapie peut apporter une amélioration passagère, mais non une guérison définitive. « Sous l'influence du radium, les bourgeons néoplasiques fondent rapidement; les hémor-

ragies, les pertes disparaissent ; le cancer semble arrêté dans son évolution ; mais, au bout de quelque temps, les hémorragies réapparaissent, d'ailleurs susceptibles d'amélioration par une deuxième application de radium ; mais, encore une fois, amélioration passagère.

On ne peut, dans aucun cas, affirmer une guérison complète. De plus, un cancer traité et secondairement opéré, récidive presque toujours. » (Jean DUVAL.) En outre, la curiethérapie présente tous les dangers des manœuvres intra-utérines, et ceci dans un utérus qui peut être des plus friables.

Toutefois, le radium peut rendre des services. Dans les cas de cancers inopérables, ayant envahi le vagin, les annexes, les ganglions, nous aurons recours à lui. Son emploi doit être tenté en vue d'obtenir des améliorations qui ne sont tout de même pas à dédaigner.

Pour KAMNIKER, l'application de radium intra-utérin chez des femmes qui, pour des raisons diverses, n'ont pu être opérées, lui aurait donné un pourcentage de succès « digne d'intérêt ».

Une autre application du radium, dans l'état actuel de nos connaissances, est son emploi avant l'intervention. Il est fort possible que le radium modifie momentanément la vitalité des cellules cancéreuses, diminue la possibilité des greffes opératoires et arrête des hémorragies gênantes pour la bonne réussite de l'opération.

Voici, à titre d'indication, quelques résultats fournis par la radiumthérapie, avec les réserves qu'il faut faire à leur sujet.

« RÉSULTATS DE LA FONDATION CURIE. — De 1919 à 1927, il a été traité, par le Professeur REGAUD et ses collaborateurs, 800 cancers de l'utérus. Sur ces 800 cancers, LACASSAGNE compte 30 adéno-cancers de la cavité utérine, dont 13 semblent être nés aux dépens du corps et 17 au niveau du canal cervical. Sur ces 30 cas, on ne trouve que 16 malades guéries.

Sur 13 cas opérables, seules deux malades semblent guéries, soit un pourcentage d'environ 15 %.

« RÉSULTATS DE LA CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE DE MUNICH. — De 1919 à 1923, il a été traité 88 cancers du corps. 36 étaient en bonne santé cinq ans après le traitement, soit 41 %. Pour 50 malades opérables, le pourcentage de guérison est de 66 %; pour 38 inopérables, le pourcentage de guérison n'est que de 8 %. De plus, l'efficacité maxima du traitement par les radiations est ici obtenue entre 40 et 50 ans, avec un taux de 55 % de guérisons.

« RÉSULTATS DU RADIUM HEMMET DE STOCKOLM. — Entre 1913 et 1926, 46 cancers du corps ont été traités. Le pourcentage global des guérisons est de 43 %. Pour les cas opérables, ce pourcentage monte à 60 % et dans les cas inopérables, il s'abaisse à 25 %.

Deux choses dans ces statistiques sont assez troublantes: d'abord la divergence considérable entre les résultats chez les malades opérables et chez les inopérables. Or, chez les inopérables, le diagnostic est certain, tandis que dans les cas opérables le diagnostic ne repose que sur l'existence de métrorragies après la ménopause ou sur l'examen histologique lorsqu'il est pratiqué.

« D'autre part, le maximum des résultats est obtenu en-

tre 40 et 50 ans. Or, nous savons que le maximum de fréquence du cancer du corps est entre 50 et 60 ans et que le maximum des lésions simulant le cancer est entre 40 et 50 ans. C'est pour toutes ces raisons que nous ne pensons pas que ces statistiques soient strictement comparables.

« Qu'il y ait des cancers du corps que l'on puisse guérir par les radiations, cela semble actuellement bien établi. Au récent III^e Congrès international de radiologie, HEYMAN a apporté dans son importante communication les derniers résultats du Radium Hemmet de Stockholm, il n'a conservé que les cas cliniques avec diagnostic histologique indubitable et a montré des guérisons éloignées après cinq ans.

« Mais ce qui semble actuellement difficile à établir, c'est le pourcentage exact de guérisons des cancers du corps opérables traités par les radiations. » (Claude BECLÈRE.)

En Amérique, on a tendance à associer le traitement radiologique au traitement chirurgical. A la Mayo-Clinique, à Rochester, 189 cas ont été traités.

87 irradiés et opérés.

102 irradiés.

Dans la série des malades opérées, le pourcentage de guérisons après cinq ans est 31 %.

Chez les malades inopérables et irradiées, le pourcentage n'est que de 12 %.

Dans les cas pris tout à fait au début, opérés puis irradiés, les Américains obtiennent jusqu'à 72 % de guérisons après cinq ans.

Le Traitement chirurgical

Puisque nous ne reconnaissons pas la supériorité de la curiethérapie, nous ne disposons comme traitement du cancer du corps, que de méthodes chirurgicales et, parmi elles, l'hystérectomie est considérée comme la seule opération possible. L'ablation de l'utérus et de la tumeur qu'il contient est bien le procédé idéal, d'autant plus que cette tumeur y reste localisée très longtemps.

Les opérations que nous avons à notre disposition sont: par voie haute, l'hystérectomie totale, subtotale, et élargie ou Wertheim; par voie basse, l'hystérectomie vaginale.

On a pris l'habitude d'opposer les opérations par voie haute et les opérations par voie basse. Les deux méthodes ont leurs partisans et leur application prend souvent un caractère systématique. Pour notre part, nous croyons qu'il ne doit pas exister deux écoles opposées et que l'étude clinique doit seule déterminer d'une manière impérative la nature de l'intervention à effectuer.

DE L'HYSTERECTOMIE ABDOMINALE

La comparaison des statistiques de la plupart des chirurgiens qui pratiquent l'hystérectomie abdominale et l'hystérectomie vaginale, prouve que le déchet opératoire est plus grand dans les opérations abdominales.

Service du Professeur HAMANT:

15 % pour la voie abdominale;

5 % pour la voie vaginale,

L'hystérectomie abdominale est en effet une opération grave, nécessitant l'anesthésie générale et produisant souvent un shock intense. C'est pourquoi elle doit être réservée à des femmes jeunes (50 ans). Pour réduire la mortalité opératoire, ces femmes devront être absolument saines et normales. Ce sera une mauvaise opération chez une femme obèse, même ne présentant de lésions d'aucune sorte. L'état local de l'utérus sera secondaire comparativement à l'état général de la malade.

Nous n'insisterons pas sur *la technique* de WERTHEIM, qui n'est de mise que dans les cancers totaux de l'utérus.

A. — L'hystérectomie subtotale

Cette méthode nécessite l'ouverture de l'utérus au moment de la section du col, ce qui constitue un grave inconvénient. « Chez certaines femmes trop grasses, qui dorment mal, qui ont un bassin profond et chez lesquelles une hystérectomie totale, que l'on se proposait de faire, peut être assez difficile et nécessiter des manipulations au cours desquelles l'utérus peut être déchiré, nous n'hésitons pas à conseiller d'avoir recours à l'hystérectomie subtotale, infiniment plus simple et dans des conditions opératoires mauvaises, sensiblement plus bénigne. Le cancer du corps a, en effet, peu de tendance à gagner le col ; il s'étend en largeur et il vaut infiniment mieux laisser un col sain dans lequel la récurrence ne se fera pour ainsi dire jamais, que de s'acharner à l'enlever, au risque, dans les cas difficiles, de compromettre le succès de l'opération, ce qui arrive d'ailleurs la plupart du temps. Il est bon de s'en

assurer en faisant ouvrir le corps de l'utérus dès son extirpation et en se rendant compte des limites de la lésion. » (J.-L. FAURE.)

Cependant, à l'intervention, les apparences saines d'un col peuvent être trompeuses et l'on se voit obligé de faire une ablation secondaire du col, peu favorable dans ce cas, à cause des risques de greffe et d'infection. De plus, on a vu des portions cervicales saines au moment de l'opération devenir le siège de récurrences ultérieures. Il faut envisager également le cas de greffe secondaire du col, isolée du noyau primitif.

Par précaution, pour éviter les risques d'ensemencement, on pourra compléter l'hystérectomie subtotale par la coagulation du col.

De plus, l'hystérectomie subtotale prive du drainage vaginal dans une intervention où l'on a été obligé d'ouvrir l'utérus.

Malgré la mortalité opératoire réduite de cette méthode peu shockante, ces inconvénients font comprendre les raisons pour lesquelles on abandonne de plus en plus ce procédé d'exérèse dans le cancer du corps.

B. — L'hystérectomie abdominale totale

INDICATIONS

Nous n'insisterons pas sur l'âge de la malade. Tout le monde est d'accord pour reconnaître que l'hystérectomie abdominale est une très bonne opération chez une femme jeune, n'ayant pas dépassé la cinquantaine, et dont l'état général est bon.

Les utérus gros seront justiciables d'une opération par

voie abdominale. De même, les associations de cancer et fibrome, de cancer et salpingite.

LE PROCÉDÉ

La réussite d'une hystérectomie abdominale dépend plus qu'une autre opération de l'habileté du praticien. L'observation de certaines précautions, dont le détail est exposé plus loin, une grande douceur d'exécution assureront dans la majorité des cas le succès de l'intervention.

Le procédé de KELLY est celui qui est généralement indiqué. On pratique une laparotomie médiane sous-ombilicale donnant un accès rapide sur la tumeur et permettant un large drainage. On abandonne de plus en plus l'ouverture horizontale de Pfannenstiehl, qui a été reconnue peu pratique.

Une bonne précaution consiste à ligaturer les trompes pour éviter, par l'orifice de section, un reflux septique vers le péritoine ou la pénétration de particules cancéreuses y produisant une greffe.

Il faut avant tout manœuvrer délicatement et, en particulier, proscrire toute manœuvre brutale sur le corps utérin. On effectuera des tractions douces par l'intermédiaire de pinces ou de ligatures sur les ligaments ronds, près de leur insertion utérine.

TIXIER insiste sur l'utilité de pincer le ligament infundibulo-pelvien et le ligament rond de chaque côté pour éviter l'infection du tissu cellulaire sous-péritonéal et exposer ainsi une surface minima de dépéritonisation.

Au moment de la section du vagin, redoubler de précautions, pour éviter l'issue de produits septiques dans le va-

gin. Le protéger par des compresses : introduire une mèche imbibée d'éther dans la cavité vaginale.

On termine l'opération par une péritonisation basse, soignée, sur une petite mèche vaginale, suivie d'une fermeture à trois plans sur un drain sous-cutané.

Dans les cas où l'on a des doutes sur l'asepsie, ou dans les cas de rupture utérine, on termine par un Mickulicz associé à un gros drain abdomino-vaginal.

Possibilité d'infection, possibilité de déchirure utérine, tels sont les deux dangers que l'opérateur doit s'efforcer d'écartier au cours de l'intervention.

LES AVANTAGES

Les avantages de l'hystérectomie abdominale sont indéniables. Elle permet l'ablation de l'utérus en totalité. Elle réalise l'exérèse de cet organe en vase clos, ce qui supprime les risques de greffe et d'infection.

Elle permet de se rendre compte de l'envahissement des organes voisins, surtout de l'S iliaque, et d'effectuer au besoin leur résection.

Elle permet encore un drainage parfait, soit par une mèche vaginale, soit par voie abdomino-vaginale par drain et Mickulicz.

TIXIER, pour ces raisons, lui accorde la première place.

LES INCONVÉNIENTS

Malgré ces avantages réels, l'hystérectomie abdominale n'en reste pas moins une opération grave, et il est des cas où malgré toutes les précautions prises, la malade meurt des suites de l'opération.

C'est une opération shokante. Les raisons de mort post-opératoire chez les malades ayant subi cette opération sont la position déclive, favorisant l'écoulement septique vers le diaphragme, et le shock déterminé par l'ouverture du péritoine, l'exposition à l'air, les manipulations d'anses intestinales, l'anesthésie irrégulière.

L'hémostase est parfois assez délicate, et l'on cite des cas d'hémorragies ayant nécessité la réouverture de l'abdomen secondairement, ce qui évidemment aggrave la situation.

Certains auteurs considèrent l'hystérectomie abdominale comme étant d'une excessive gravité. Pozzi préférerait recourir aux opérations palliatives lorsque l'hystérectomie vaginale est impossible. Pour lui, la récurrence serait rapide et à peu près certaine. Heureusement, les statistiques opposent leurs chiffres à cette opinion et l'on peut constater la certitude de très bons résultats éloignés.

Un inconvénient qui n'est pas non plus à dédaigner est l'éventration. Elle se produit en moyenne une fois sur vingt et nécessite une intervention secondaire. L'unique cause en est la suppuration. Pour prévenir l'éventration, il faudra donc désinfecter les lèvres de la plaie pariétale si elles ont été contaminées au cours de l'opération et surveiller l'asepsie des mains et des fils.

CHAPITRE III

De l'Hystérectomie vaginale

Nous avons pensé que cette méthode, trop méconnue, de traitement du cancer du corps utérin méritait un développement particulier et c'est pourquoi nous la séparons des autres procédés thérapeutiques pour lui consacrer un chapitre spécial.

On a eu tendance jusqu'à présent à considérer l'hystérectomie vaginale, due à RÉCAMIER (1774-1852), comme un procédé d'exception, vivant uniquement des contre-indications de l'hystérectomie abdominale. Or, ses possibilités sont beaucoup plus étendues et elle se présente en particulier comme l'opération de choix dans le traitement du cancer du corps chez les femmes âgées en raison notamment de sa simplicité et de ses excellents résultats. On ne doit donc plus la considérer comme un pis aller, mais comme une opération bien individualisée qui peut et doit avoir ses indications propres. Les progrès apportés à sa réalisation par PÉAN, DOYEN, etc., ont depuis longtemps répondu aux objections qu'on pouvait lui faire. Tout chirurgien doit non seulement la connaître, mais la posséder à fond pour l'utiliser le jour où elle s'impose. Il évitera ainsi d'infliger à

une malade une hystérectomie abdominale, là où une simple hystérectomie vaginale aurait suffi.

Les succès nombreux et probants de l'hystérectomie vaginale sont d'autant plus significatifs que cette opération, de par ses indications, s'effectue le plus souvent dans des conditions précaires, sur des malades âgées et affaiblies, dont l'état général s'opposerait à une hystérectomie abdominale; réduits à la curiéthérapie, il ne pourraient en attendre qu'une survie bien inférieure à celle que leur assure l'hystérectomie vaginale correctement réalisée.

Les Indications de l'Hystérectomie vaginale

Quelles sont les raisons cliniques qui nous feront choisir l'hystérectomie vaginale ?

Le fait d'avoir dit que l'hystérectomie abdominale était en principe une opération de femmes jeunes, n'implique pas que l'hystérectomie vaginale doive être réservée exclusivement aux vieilles femmes.

Il est principalement deux cas dans lesquels, chez des femmes *aux environs de la ménopause*, nous choisirons l'opération par voie basse :

1° Quand la lésion, affirmée par une biopsie positive, évolue depuis peu, conservant à la malade un utérus mobile, peu fragile, petit, à ligaments larges encore souples, sans aucune adjonction de fibrome, ou de salpingite et sans ganglions. En résumé, dans le cas le plus favorable à une intervention.

2° Quand la lésion, décelée par des pertes abondantes, est douteuse, avec biopsie négative. Il peut s'agir alors soit d'hyperplasies dystrophiques relevant d'une lésion de l'ovaire, soit d'une de ces hyperplasies précancéreuses dont parle dans sa thèse Mlle Lucie GEORGES-GASNE, élève de LECÈNE.

« Il serait aussi fâcheux d'enlever un utérus qui ne présente que des lésions dystrophiques pouvant guérir par des rayons X, qu'il serait néfaste de laisser l'utérus à une femme qui, quelques années plus tard, fera un cancer qui sera peut-être alors inopérable.

« D'autre part, une application de rayons X sur un utérus en voie de transformation maligne radio-résistante risque de produire des poussées infectieuses avec réaction péritonéale, et pour certains auteurs aurait même une action fâcheuse sur l'évolution des éléments néoplasiques. » (L. GEORGES-GASNE).

Désireux à la fois, d'une part, de ne pas imposer inutilement à une femme une opération grave et, d'autre part, de la préserver sûrement de complications à caractère cancéreux, nous aurons recours à une opération à la fois sûre et bénigne, c'est-à-dire à l'hystérectomie vaginale.

En dehors de ces deux applications à des femmes jeunes, l'hystérectomie vaginale est par excellence l'opération des *sujets âgés ou déficients*, à condition que l'utérus soit encore mobile, peu volumineux, peu fragile, à ligaments larges encore souples.

« Elle sera une opération de choix, dit J.-L. FAURE, pour peu que la malade soit grasse ou fatiguée. On pourra d'ailleurs se donner du jour en pratiquant un large débridement vulvaire ; c'est qu'en effet si l'hystérectomie abdomi-

nale est en principe une opération d'élection, pour de multiples raisons de clarté, de facilité, il faut reconnaître que chez ces femmes qui sont pour la plupart âgées et peu résistantes, elle présente un certain caractère de gravité. l'hystérectomie vaginale au contraire, difficultés opératoires mises à part, est peu grave, et comme le cancer est en général enfermé dans les limites de l'utérus, les résultats définitifs sont aussi bons que ceux que donne l'hystérectomie abdominale. »

A côté de ces indications relatives de l'hystérectomie vaginale, il existe des indications formelles tirées de l'état général précaire des malades qui, s'ajoutant le plus souvent à leur âge avancé, les met en état de moindre résistance.

Chez les obèses, les hypertendues, les cardiaques mal compensées, les cardio-rénales à mauvaise urée sanguine, les porteuses de lésions pulmonaires étendues, les tuberculeuses fibreuses, les emphysémateuses, les diabétiques, on ne peut envisager une intervention que par voie basse.

Dans d'autres cas, ce sont les complications dues au cancer, les anémies graves, les amaigrissements, les cachexies, qui imposent l'hystérectomie vaginale.

De plus, toutes les malades chez lesquelles la position déclive, que nécessite l'hystérectomie abdominale, gênerait la circulation et, par là-même, aggraverait les suites opératoires, sont justiciables de l'hystérectomie vaginale.

Enfin, on a été amené parfois à pratiquer des hystérectomies d'urgence. La nécessité de faire vite, chez une malade non préparée, écartant *à priori* l'hystérectomie abdominale, la vaginale est alors la seule ressource du chirurgien.

En résumé, si toutes les conditions énumérées plus haut : utérus mobile, peu volumineux, peu fragile à ligaments larges souples, sont remplies, l'hystérectomie vaginale est une opération *facile* et une opération excellente, car elle ajoute à la sécurité d'avoir enlevé toute la lésion, ses avantages propres de simplicité et de bénignité.

Les Contre-Indications

Les contre-indications ne doivent être envisagées que si le choix entre hystérectomie abdominale et hystérectomie vaginale est possible ou si toute intervention est impraticable.

Les principales sont :

— *L'utérus volumineux*, dont l'enlèvement par la voie basse entraînerait le morcellement.

— *L'existence de fibrôme ou d'annexite*, qui en rendant l'utérus volumineux se rattache ainsi, pour les mêmes raisons, à la contre-indication précédente.

— *La friabilité de l'utérus*, qui risque de produire son morcellement involontaire avec les possibilités d'infection qui en résultent.

— *L'existence de métastases*, cancer du rectum, par exemple, qui interdit toute intervention.

— *Les malformations du vagin*, et en particulier la constatation, fréquente chez les nullipares âgées, d'un vagin atrésié et rigide.

— *Le manque de souplesse des ligaments larges*, qui empêche l'abaissement de l'utérus.

Celles de ces contre-indications qui font craindre un morcellement de l'utérus n'ont qu'une valeur relative. En effet, si une déchirure de l'utérus peut faire craindre des gref-

ses secondaires, des précautions judicieuses peuvent diminuer très fortement ce risque. En particulier, on tend à généraliser l'application intra-utérine du radium quelques jours avant l'opération, afin de stériliser l'épithélioma et d'éviter un ensemencement en cas de rupture de l'utérus. L'avantage de la possibilité du drainage abdomino-vaginal, après une rupture du corps utérin, dans l'hystérectomie par voie haute, n'a donc plus toute l'importance que lui attribuent les laparatomistes.

Dans le service du Professeur HAMANT, la rupture accidentelle de l'utérus s'est produite deux fois au cours de vaginales, sans provoquer aucune conséquence fâcheuse, même au point de vue du pronostic éloigné. Nous dirons même que, dans certains cas, où l'hystérectomie abdominale était impossible, on a dû pratiquer volontairement une hystérectomie vaginale par morcellement, qui a très bien réussi.

Avantages de cette opération

Les avantages sont nombreux et très importants.

L'hystérectomie vaginale est une opération rapide qui ne dure pas plus de quinze minutes.

C'est une opération non shockante. On évite, en effet, la position déclive, l'ouverture du péritoine, l'exposition à l'air, les manipulations d'anses intestinales, l'anesthésie irrégulière, autant de causes déterminantes du shock. L'absence de cicatrice abdominale supprime les risques d'événement qui nécessitent des retouches.

Le drainage en est facile, déclive.

Avantage des plus importants: mortalité minime. Nous y reviendrons.

Résultats éloignés aussi bons que dans l'hystérectomie abdominale.

L'hystérectomie vaginale immobilise peu de temps la malade au lit; au bout de quelques jours, celle-ci peut se lever.

Inconvénients

Les inconvénients de l'hystérectomie vaginale sont réduits, et il est souvent facile d'y remédier.

L'exiguité de la vulve, rare, n'a jamais présenté de réelles difficultés, même chez des nullipares.

Les cas d'étroitesse du vagin sont rares.

Le danger d'ouverture de l'utérus nous préoccupe toujours, malgré sa bénignité dans les quelques cas où elle s'est produite. On s'efforce de plus en plus de l'éviter, afin d'avoir toutes les garanties possibles d'une bonne opération. VIOLET préconise le vidage de ses sécrétions par une sonde vésicale que l'on introduit dans l'utérus avant l'intervention. « On lave, on exprime, on diminue le volume et la tension du corps utérin », ce qui facilite encore l'hystérectomie vaginale, à laquelle VIOLET a presque toujours recours.

On a reproché à l'hystérectomie vaginale d'exposer à des lésions de la vessie, du rectum, des uretères. Si l'on prend des précautions, rien ne doit être lésé. Pour la vessie, il faut passer par le plan de clivage qui existe entre cet organe et l'utérus, ce qui ne présente pas de difficulté particulière.

Quant à l'intestin, deux éventualités: ou bien il n'adhère pas et l'on serait impardonnable de le toucher, ou bien il adhère, et il peut être libéré aussi bien que par le ventre.

Pour SHELTON HIRSLEY, les adhérences intestinales seraient plus facilement traitées par la voie basse.

Pour RICHELOT, le pincement des uretères est exceptionnel (une fois sur 600 opérations).

Une grosse objection à l'hystérectomie vaginale est la production de fistules intestinales. Elles sont rares et, en admettant qu'elles existent, elles se cicatrisent spontanément au bout de quelques jours ou de quelques semaines.

Que dire des hémorragies compliquant l'hystérectomie vaginale?

Elles se produisent, soit au cours de l'opération, soit pendant l'ablation des pinces, soit tardivement.

Dans les deux premiers cas, elles sont faciles à voir. Et l'on agit immédiatement. On nettoie le vagin, on voit le point qui saigne et on pince. Ces hémorragies sont très rares.

Les hémorragies tardives sont dues à la chute d'escarres : elles sont faciles à arrêter.

Nous ne dirons rien de spécial sur les embolies, qui ne sont pas particulières à l'une de ces opérations et qui peuvent arriver au cours de l'une ou de l'autre.

Technique opératoire

Soins préparatoires

On pratiquera une désinfection aussi complète que possible du vagin quelques jours avant l'opération (larges irrigations au sublimé à 1/5.000^e, deux fois par jour). La malade sera purgée la veille. Trois heures avant l'opéra

tion, on lui donnera un grand lavement simple et l'on s'assurera que l'intestin et la vessie sont complètement vides immédiatement avant l'opération. On fera un examen du temps de coagulation.

L'Anesthésie

Le plus souvent, au service de M. le Professeur HAMANT, on pratique l'anesthésie générale au mélange de SCHLEICH.

On peut faire une rachi-anesthésie, qui a pour avantage de provoquer un relâchement musculaire complet, mais pour grave inconvénient de provoquer le reflux des matières par atonie sphinctérienne.

Procédé opératoire

Le col saisi par deux pinces à griffes, on incise le vagin à son insertion sur le col. La valve antérieure est enlevée, le col récliné en arrière, tout le cul-de-sac antérieur est bien exposé. La section du vagin, d'abord peu profonde, est approfondie ensuite à petits coups de ciseaux courbes en gardant toujours le contact avec le tissu utérin. Le cli-vage entre la vessie et le col est d'abord assez difficile, les deux organes étant intimement unis; puis on arrive dans l'espace cellulaire lâche: la séparation s'achève rapidement. Chemin faisant, on arrive au cul-de-sac péritonéal pré-utérin, qu'on incise à coups de ciseaux et où l'on passe une grande compresse. Le col est reporté en avant vers la symphyse. Les ciseaux réintroduits dans la partie postérieure de l'incision ont vite fait d'ouvrir le cul-de-sac de DOUGLAS.

A ce moment, on fait basculer l'utérus qui descend. Quand l'utérus descend mal, on pince la partie inférieure

du ligament large, et on sectionne l'artère utérine (suivant la technique de SEGOND), ce qui facilite l'abaissement de l'utérus.

A condition d'avoir bien refoulé au début de l'opération la vessie et de garder un contact rigoureux avec le tissu utérin, l'uretère ne court pas le risque d'être blessé. Si après la section de l'utérine, l'utérus ne descend pas, on peut remonter le ligament large de bas en haut en coupant au fur et à mesure en dedans des pinces.

Cette manière de faire, moins élégante que la section de haut en bas des ligaments larges après la bascule de l'utérus, est susceptible de rendre des services dans les cas difficiles.

Si la traction sur le col a fait apparaître le fond utérin dans la brèche péritonéale, en saisissant avec une pince le bord immédiat des ligaments larges, la bascule en avant de l'utérus s'achève et l'index explore la face postérieure des annexes et libère au besoin des adhérences. Les annexes du côté le plus accessible sont saisies les premières et, sous la conduite et la protection de l'index, on met sur le pédicule utéro-ovarique une forte pince légèrement courbe. Si la libération de l'annexe s'annonce difficile, la pince est placée en plein ligament large.

Après l'ablation du corps, il sera plus facile d'achever la libération complète de l'annexe adhérente. Quelle que soit la place qu'occupe la première pince, mise de haut en bas, on devra placer une deuxième pince de bas en haut, prenant l'utérine et la base des ligaments larges. Les becs de ces deux pinces se chevauchent un peu et réalisent l'hémostase totale du ligament large.

La section du ligament large assure la libération de

l'utérus et les mêmes manœuvres répétées de l'autre côté, avec évidemment plus de facilité, permettent l'extirpation complète de l'utérus. L'hémostase est alors vérifiée, ainsi que la section du ligament rond.

Il peut arriver, malgré les précautions prises, de léser l'utérus; il faut alors terminer par un drainage. Le drain est encore indiqué quand la libération des annexes a déterminé l'ouverture d'une collection purulente, ou si, pour des raisons de rapidité opératoire, on n'a pas extirpé complètement une annexe très adhérente.

En basculant de haut en bas les pinces dont les anneaux sont tournés vers le haut, on fait subir au pédicule supérieur du ligament large une torsion de 90°. Les pinces sont groupées deux à deux et rendues solidaires par une compresse; une mèche draine la cavité péritonéale et on termine par un tamponnement vaginal et la mise en place d'une sonde vésicale.

Quand, au contraire, l'opération a été aseptique, on fait un dôme vaginal tout en extériorisant les moignons artériels. Pour reconstituer ce dôme, on retire légèrement les écarteurs, ce qui met à découvert le bord libre de l'incision vaginale. Une pince à griffe saisit le bord libre de l'incision antérieure et le péritoine, une autre le bord postérieur du vagin et les bords s'adossent. On réunit les deux parois vaginales par une pince à griffe. On enlève les deux premières, qui ne servaient qu'à rapprocher les bords du vagin. L'ouverture péritonéo-vaginale prend alors la forme d'un huit horizontal. Les deux œillets sont les orifices où passent les ligaments larges comprimés par les pinces.

La pince du milieu est repoussée en arrière, les pinces du ligament large sont attirées en avant. On termine par

une sonde à demeure et un tamponnement vaginal. On enrobe les pinces dans des compresses et du coton pour empêcher le contact avec les parois vaginales.

Deux ou trois jours après, on enlève les pinces à hémostase, lentement et progressivement. La pince qui agrafe le vagin est retirée en dernier lieu et un tampon est remplacé dans le vagin.

Cette fermeture du vagin paraît recommandable pour les raisons suivantes: elle diminue les douleurs post-opératoires; évite certains accidents rares, mais parfois signalés, tels que occlusion par bride épiploïque fixée au moignon du vagin ou d'adhérences intestinales à cicatrice vaginale. Les adhérences ne causent pas toujours des accidents aigus, mais peuvent provoquer des tiraillements douloureux persistant après la guérison opératoire.

L'extériorisation des moignons vasculaires dans le fond du vagin réalise un soutien efficace à la cavité vaginale et permettra la libre élimination des moignons écrasés.

Autres avantages: si, lors de l'ablation de la pince, deux ou trois jours après l'opération, une hémorragie se produisait, il serait facile de repincer le moignon déjà fixé à la paroi vaginale, sans le contrôle de la vue (ROUFFART).

Soins post-opératoires

Les pinces seront enlevées au bout de quatre jours avec les précautions d'ouvrir les mors, d'attendre quelques minutes et d'enlever la pince largement ouverte, en lui imprimant de légers mouvements d'ouverture et de fermeture après torsion légère. Le quatrième jour, on enlève la sonde à demeure et les mèches.

CHAPITRE IV

Résultats comparés de l'Hystérectomie abdominale et de l'Hystérectomie vaginale

De l'étude et de la comparaison des différentes statistiques, il ressort que la mortalité post-opératoire, attribuée à l'hystérectomie abdominale, est plus élevée que celle qui résulte de l'hystérectomie vaginale. Pour certains auteurs (VIOLET), un des moyens les plus sûrs de diminuer la mortalité générale par cancer du corps est de recourir à la voie basse.

Statistiques diverses

VIOLET. — Pour 22 cancers du corps, dont 14 traités par voie abdominale et 8 par voie vaginale, VIOLET annonce une mortalité: 0, tandis que presque en même temps TIXIER annonce, sur un total de 31 cancers traités par hystérectomie abdominale, une mortalité de 15 %.

ROUFFARD. — En neuf ans, ROUFFARD opère 42 cancers du corps:

12 hystérectomie abdominale: 2 morts.

30 hystérectomie vaginale: 0.

Ces deux morts sont dues, il est vrai, à la complexité des cas.

Les suites opératoires ont été troublées:

2 fois par des phénomènes de phlébite;

2 fois par des complications pulmonaires ayant évolué heureusement, malgré le grand âge des malades (80-79 ans).

Sur 40 malades restantes, 8 sont mortes sans présenter de signes cliniques de récurrence ou de métastase;

6 ont été perdues de vue;

26 ont été suivies et revues après neuf ans.

ROUFFARD reconnaît donc la bénignité de l'hystérectomie vaginale et son efficacité égale à celle de l'hystérectomie abdominale.

J.-L. FAURE. — « L'hystérectomie vaginale est une opération peu grave et les résultats définitifs sont aussi bons que ceux que donne l'hystérectomie abdominale. D'après notre expérience personnelle, ils sont même meilleurs. Ces résultats sont peut-être dus aux hasards d'une statistique limitée, mais en tout cas ils sont comparables. »

J. DUVAL. — Service de J.-L. FAURE.

50 hystérectomies abdominales: 4 morts post-opératoires; *mortalité* 8 %; 6 récurrences de 1 à 5 ans.

22 hystérectomies vaginales: 1 mort post-opératoire; *mortalité* 4,5 %; 3 récurrences: 1 de 1 an, 1 de 2 ans, 1 de 3 ans.

9 guérisons éloignées.

8 malades perdues de vue ou mortes d'une autre affection.

KAMNIKER. — 94 opérations: 9 hystérectomies abdominales, 85 hystérectomies vaginales.

Mortalité 2,1 %.

Ce chiffre très bas de 2,1 % milite en faveur de la voie vaginale, à laquelle l'auteur a presque toujours recours.

Résultats éloignés.

49 résultats éloignés ont pu être étudiés.

30 femmes sont bien portantes, soit 61,2 %.

Si on ne considère que les femmes opérées par voie vaginale, le pourcentage atteint 67,6 %.

SHELTON HIRSLEY est un des défenseurs les plus acharnés de l'hystérectomie vaginale et, quoique la pratiquant systématiquement dans tous les cas, même difficiles, il obtient une mortalité très réduite.

Sur 14 cancers du corps:

Mortalité opératoire: 0;

Mortalité lointaine: 1 (cause intercurrente).

Service de M. le Professeur Hamant

Statistique portant sur six années:

16 observations de malades traitées par hystérectomie abdominale: 6 subtotaies, 10 totales.

On compte 2 morts post-opératoires. La première chez une femme de 67 ans, morte de péritonite lente malgré le drainage (hystérectomie totale). L'autre, dans un cas de cancer total de l'utérus, où on dut élargir et faire un Wertheim qui fut extrêmement difficile.

18 observations de malades traitées par hystérectomie vaginale ;

L'opération a échoué une fois. Il s'agissait d'une femme

qui fut curettée, mais fit une inflammation salpingienne et dont l'utérus ne se laissait pas abaisser. On dut terminer par voie abdominale.

a) LES RÉSUTATS IMMÉDIATS

On a donc pour la mortalité post-opératoire :

- Mortalité totale: 3 sur 34 ou 8,8 %.
- Après hystérectomie abdominale : 2 sur 16 ou 12,5 %.
- Après hystérectomie vaginale : 1 sur 18 ou 5,5 %.

Au résultat fourni par les chiffres en faveur de l'opération vaginale, il faut ajouter que les femmes traitées par cette méthode étaient en général moins résistantes que celles qui ont subi l'hystérectomie abdominale.

b) LES RÉSULTATS ÉLOIGNÉS

Sur les 31 malades ayant résisté à l'opération et à ses suites immédiates, 24 ont pu être suivies, dont 14 ayant subi l'hystérectomie vaginale.

La mortalité éloignée se répartit ainsi :

Hystérectomie abdominale	1
Hystérectomie vaginale	2

Le cas relatif à l'hystérectomie abdominale est dû à des métastases.

Les morts consécutives à l'hystérectomie vaginale sont attribuables aux très mauvaises conditions opératoires qui ont imposé, dans un cas, le morcellement de l'utérus et, dans l'autre, la terminaison de l'opération par voie haute.

La survie se répartit de la façon suivante :

Après hystérectomie abdominale :

1 depuis 6 ans.

3 — 5 ans.

1 — 4 ans.

1 — 3 ans.

1 — 2 ans.

2 — 1 an.

Après hystérectomie vaginale :

1 depuis 5 ans.

2 — 4 ans.

2 — 3 ans.

3 — 2 ans.

4 — 1 an.

Si la statistique indique des résultats comparables, il ne s'agit en réalité que d'une apparence. Nous insistons, en effet, sur la considération suivante : les indications de l'hystérectomie vaginale permettent d'appliquer ce traitement à des femmes âgées ou déficientes, incapables de supporter l'opération par voie haute.

En résumé, l'extension de l'hystérectomie vaginale à des cas moins graves ne peut qu'améliorer les statistiques relatives à cette opération.

CHAPITRE V

Observations

OBSERVATION N° 1

(Hystérectomie vaginale)

Mme G..., âgée de 62 ans, entre au service le 3 janvier 1932, pour écoulements sanguinolents.

Antécédents personnels. — N'a jamais été malade. Régulée normalement de 13 ans à 47 ans, âge auquel survient la ménopause.

A eu un enfant, pas de fausse couche.

Début de la maladie actuelle. — Il y a deux mois, apparition d'écoulements jaunâtres, intermittents, tachant le linge, inodores, mélangés à quelques gouttes de sang. Pas de douleurs bien nettes.

Etat général. — Bon.

Examen gynécologique. — Le col est dur. Les culs-de-sac semblent libres. On pratique un curetage.

Histologie. — Epithélioma cylindrique du corps. Assez nombreuses mitoses. Stroma réaction fibro-lymphocytaire hémorragique.

Intervention. — Une hystérectomie vaginale normale.

Pas de complications opératoires.

OBSERVATION N° 2
(Hystérectomie vaginale)

Mme M..., âgée de 58 ans, entre le 29 février 1932, pour des pertes abondantes.

Antécédents personnels. — Opérée il y a six ans pour une affection hépato-gastrique et pour une appendicite chronique. A une hernie inguinale depuis 30 ans.

Réglée à 14 ans, régulièrement et normalement. A eu trois enfants. Pas de fausse couche. Ménopause à 50 ans.

Début de la maladie actuelle. — Depuis un an, la malade a des pertes sanguines non périodiques, s'accompagnant de leucorrhée plus durable, assez abondante, et de douleurs spontanées et continues dans les régions lombaires, avec maximum au niveau du bord supérieur des articulations sacro-iliaques.

Examen gynécologique. — L'abdomen est souple partout. La pression profonde révèle un point douloureux au niveau de l'articulation sacro-iliaque et augmente la douleur spontanée.

Le toucher vaginal montre que les culs-de-sac sont souples.

Le col utérin est un peu induré, de forme conique, douloureux à la palpation.

Etat général. — Céphalées post-prandiales. Appétit capricieux. Appareils respiratoire et circulatoire normaux.

Histologie. — Néoplasme du corps utérin.

Epithélioma cylindrique.

Intervention. — Hystérectomie vaginale facile. Pas de complications.

Cette malade a donné dernièrement de ses nouvelles. Elle se porte très bien depuis son opération. Elle a été revue au service. L'état local est parfait.

OBSERVATION N° 3

(Hystérectomie subtotale totalisée)

Mme M..., 50 ans, vient, en mars 1932, consulter pour des pertes rouges.

Antécédents personnels. — Réglée à 13 ans. Règles très régulières, abondantes. Accouchements normaux, sans suites. Pas de fausse couche. Ménopause à 46 ans.

Début de la maladie actuelle. — Il y a quinze mois, hydroporrhée, puis pertes rouges, pertes continuelles, fétides, s'accompagnant de douleurs dans le bas-ventre et les reins.

Etat général. — Quelques malaises. Appareils respiratoire et cardiaque normaux. Pas d'amaigrissement. Légère adipose de la paroi abdominale.

Examen gynécologique. — Le toucher vaginal révèle un col largement ouvert, avec des déchirures latérales, dur et sensible. Dans le cul-de-sac postérieur, on sent une masse qui semble être en continuité directe avec le col. La tumeur n'est pas mobile. Les culs-de-sac antérieur et latéraux sont libres.

Opération le 21 mars 1932. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Utérus gros et mou, pris dans une pince de Museux. Hystérectomie subtotale rapide. Pièce opératoire en mains, on trouve un néoplasme du corps utérin. On enlève alors le col. Drain dans le vagin et Mickulicz.

Examen histologique. — Epithélioma malpighien à forme intermédiaire, à prédominance baso-cellulaire. Assez nombreuses mitoses. Stroma fibreux réactionnel.

Suites opératoires bonnes.

OBSERVATION N° 4

(Hystérectomie vaginale)

Mme L..., 59 ans, entre le 6 avril 1932 à l'hôpital, pour des pertes rouges.

Antécédents personnels. — Cystite. Réglée à 12 ans. A deux enfants. Pas de fausse couche. Ménopause à 50 ans.

Maladie actuelle. — Depuis six mois, pertes blanches et rouges entremêlées de caillots, s'accompagnant de légères douleurs dans le bas-ventre.

Etat général satisfaisant.

Examen gynécologique. — On sent une masse dure dans le cul-de-sac de Douglas, ayant le volume d'une orange. Tumeur arrondie, rénitente, régulière et lisse. Elle semble se continuer avec le corps de l'utérus, qui se trouve en position normale. Les mouvements communiqués à l'utérus se transmettent à la tumeur. Rien d'anormal au niveau du col et des culs-de-sac antérieur et latéraux. L'utérus se meut facilement.

Intervention le 12 avril.

Anesthésie générale au Schleich.

Hystérectomie vaginale après hémisection. L'utérus est friable, se déchirant facilement. Pincés à demeure.

Histologie. — A la coupe, on confirme le diagnostic de cancer utérin. Epithélioma cylindrique très évolué, sphacelé par places. Nombreuses mitoses. Stroma réaction nulle.

OBSERVATION N° 5

(Hystérectomie vaginale).

Mme B..., âgée de 52 ans, entre, en avril 1934, pour des pertes sanguinolentes. Réglée à 16 ans. Une grossesse normale il y a trente ans. A 44 ans, ménopause. Pendant huit ans, rien d'anormal.

Il y a six mois, apparaissent quelques gouttes de sang très clair, dilué, d'odeur fétide. Jamais les pertes ne furent très abondantes.

Examen. — Cette femme est en parfaite santé.

Au toucher, le col est un peu dur, mais dans l'ensemble normal, mobile. Les culs-de-sac libres ne sont pas douloureux. Le corps est légèrement augmenté de volume. La pression, un peu forte sur ses parois, est nettement douloureuse.

Au spéculum, intégrité du col.

On fait un curettage.

Intervention. — Hystérectomie vaginale.

Section première des utérines pour descendre l'utérus qui se laisse déchirer. On craint un moment de ne pouvoir amener le corps tout entier. Quatre pinces à demeure, retirées le sixième jour. Mèches et caoutchouc dans le vagin.

Les suites sont simples.

Histologie. — Cancer ulcéreux du corps, surtout développé à droite, avec envahissement de la totalité de la paroi jusqu'au péritoine. Microscope: *Epithélioma cylindrique* typique glandulaire, avec nombreuses figures de karyokinèse.

OBSERVATION N° 6

(Hystérectomie vaginale)

Mme D..., âgée de 67 ans; de bonne santé apparente, entre au service, le 11 mai 1934, pour hémorragie vaginale. Réglée à 13 ans. Ménopause à 40. Deux enfants, pas de fausse couche.

En décembre 1933, elle perd quelques gouttes de sang noir, fétide, puis plus abondant.

Etat général bon. Myocardite sénile sans décompensation.

Examen gynécologique. — Col normal. Corps non augmenté de volume en bonne position. On pense à un néo du corps.

On pratique un examen à la diagnothornie.

La radio montre une tache en médaillon, qui représente la cavité utérine. En dessous, on voit un mince cordon vermiculaire qui dépasse en longueur la longueur du canal cervical. C'est l'isthme et la portion toute inférieure de la cavité comblée par une masse.

Intervention. — 14 mai 1934.

Hystérectomie vaginale. Section préalable des utérines. En avant, on éprouve une réelle difficulté à séparer la vessie, qui adhère à une masse développée en avant de l'utérus à droite et juste en face du cul-de-sac vésical. Pincés à demeure. Drainage vaginal. Sonde à demeure (elle ramène un peu de sang).

Glace sur le ventre.

Les pincés sont enlevés le septième jour.

Les suites sont simples, malgré la myocardite et l'âge de la femme.

Histologie. — L'examen de la pièce montre un fond utérin intact. Sur l'isthme, grosse masse bourgeonnante et friable. Le col est intact.

Il s'agit d'un cancer à point de départ endocervical.

Histologie: Epithélioma malpighien à prédominance spino-cellulaire.

OBSERVATION N° 7

(Hystérectomie totale par voie abdominale)

Mme S..., 53 ans, novembre 1933, bien portante.

Histoire. — Femme réglée régulièrement de 16 à 50 ans. Sans enfants, ni fausse couche. Ménopause à 50 ans, après de fortes métrorragies. Depuis 1931, elle n'avait pour ainsi dire plus perdu lorsqu'en novembre 1933 elle présente quelques pertes blanc-rosées, minimales d'abord, puis assez abondantes et intarissables. A toute fatigue, cet écoulement redouble. En août 1933, apparaissent des douleurs hypogastriques. C'est pour ces douleurs qu'elle entre à l'hôpital.

Examen. — 3 novembre 1933. Bon état général.

Au toucher: col petit, fermé, conique; corps nettement augmenté de volume; il a basculé dans le Douglas et se présente comme assez irrégulier, de consistance moyenne. Il détermine une légère compression pelvi-rectale, d'où constipation.

Tension de 16,8 au Pachon. Urée sanguine, 0,35; constante, 0,7. Ni sucre ni albumine.

On pose le diagnostic de fibrome avec réserves sur la possibilité de dégénérescence du corps en raison de l'histoire clinique.

Intervention. — 7 novembre 1933. Anesthésie générale (Schleich). Laparotomie médiane sous-ombilicale. On tombe sur un utérus gros comme deux poings, basculé en arrière, très mou. On fait une subtotalité. Or, à la coupe de l'isthme, l'utérus paraît tellement mou, qu'on a des doutes sur l'intégrité de la muqueuse corporéale. On coupe la pièce, qui présente des bourgeons néoplasiques et une friabilité typique. On totalise l'hystérectomie. Suture de la tranche vaginale par trois points au catgut. Hémostase de la tranche. On péritonise et, en raison d'un petit suintement sanguin, on place un Mickulicz et un drain qui sortent par l'incision abdomi-

nale. Après l'intervention, on complète par un tamponnement vaginal.

Histologie. — Aspect macroscopique de cancer du corps. Au microscope, épithélioma cylindrique atypique à bourgeons néoplasiques pleins, formés de cellules carcinomateuses. Stroma conjonctif infiltré de nombreux éléments inflammatoires.

Suites opératoires. — Très simples. On a commencé à retirer les mèches du Mickulicz au sixième jour. La paroi a peu suppuré. L'hémorragie de la tranche vaginale fut minime.

La femme quitte le service le 12 décembre. Depuis cette date, la malade se porte bien.

OBSERVATION N° 8

(Hystérectomie vaginale)

Mme R..., âgée de 67 ans, entre à l'hôpital en février 1935.

Antécédents personnels. — Cette femme a toujours été réglée normalement de 14 ans à 50 ans, âge auquel survient la ménopause, sans incidents.

Elle a eu quatre enfants.

Début de la maladie actuelle. — Il y a deux ans, sont apparues des pertes de sang rouge, non odorantes, survenant à intervalles irréguliers, parfois tous les dix jours, parfois plus rapprochées, parfois aussi à des intervalles plus longs. Ces pertes duraient au maximum un jour. Elle s'accompagnaient de leucorrhée verdâtre. Puis les pertes ont augmenté en abondance et en durée et sont devenues continues. Il y a trois mois, la malade a ressenti des douleurs dans la vulve, douleurs paraissant à 8 heures du matin pour ne cesser que vers 4 heures.

Examen gynécologique. — A son entrée, on examine la malade. On lui découvre un prolapsus génital. Au toucher vaginal, l'utérus est volumineux, la corne droite plus grosse que la gauche.

Opération. — Le 15 février 1935, on pratique une hystérectomie vaginale. Désinsertion vaginale circulaire autour du col, ouverture du cul-de-sac de Douglas. Ligature et section des utérines; le corps utérin, attiré en arrière, très gros, accouche difficilement et se déchire un peu; ligature et section des ligaments larges; point de catgut au milieu de la tranche vaginale; de chaque côté, mèche caoutchoutée et compresse en avant et en arrière.

Hystéroscopie pré et post-opératoires.

Suites opératoires normales.

Histologie. — Epithélioma cylindrique. Grosses places nécrobiotiques et dégénérescence des noyaux.

OBSERVATION N° 9

(Hystérectomie vaginale)

Mme D..., âgée de 67 ans.

Présente une histoire des plus banales.

Ses troubles, pertes sanguines, sont apparus douze ans après la ménopause. Est venue consulter en mai 1934.

Histologie. — Une biopsie a été positive, révélant un épithélioma malpighien à prédominance spino-cellulaire. Peu de mitoses. Réaction fibroblastique dense.

Intervention. — Hystérectomie vaginale difficile. On laisse les annexes. Pincés à demeure. Sonde vésicale qui ramène un peu de sang.

Suites. — Les urines redeviennent claires.

Pas de complications opératoires.

Conclusions

Le cancer du corps de l'utérus est le cancer utérin dont la guérison définitive est la plus facilement obtenue, en raison de son évolution lente et de sa localisation prolongée.

Toutefois, un diagnostic rapide est le facteur essentiel de la réussite. On dispose, pour l'assurer, en plus des procédés classiques, de méthodes nouvelles comme l'exploration radiologique par les couches minces ou l'hystéroscopie.

Si l'on excepte la curiéthérapie, qui ne donne que des rémissions passagères, le seul traitement du cancer du corps utérin est l'hystérectomie.

La voie abdominale et la voie vaginale ont leurs indications propres et on ne doit pas, systématiquement, appliquer l'une et proscrire l'autre. Il nous semble cependant que l'hystérectomie vaginale, trop longtemps délaissée, mérite une place de choix dans le traitement du cancer du corps de l'utérus. Elle peut, en effet, s'appliquer, avec un minimum de risques, à des malades âgées ou déficientes, ce qui est le cas de la plupart des femmes atteintes de cancer du corps de l'utérus.

Bibliographie

- AVRAM. — Cancer total de l'utérus. (Thèse méd., Nancy, 1934).
- BECLÈRE. — Traitement du cancer du corps utérin. (*Paris Médical*, 19 mars 1932).
- BISCH. — Thèse Méd., Lyon, 1933.
- BIGEARD. — Hystérectomie vaginale et abdominale dans le cancer du corps. (Thèse Méd., Paris, 1889).
- DUCUNING. — Soc. d'Obst. et Gyn. Toulouse, 1932. (*Précis de Cancérologie*).
- DUVAL (Jean). — Cancer primitif du corps de l'utérus. (Thèse, Paris, 1928).
- FAURE (J.-L.). — Les méfaits du curettage explorateur dans le cancer du corps de l'utérus. (*Presse Médicale*, 1930). Traité de Gynécologie.
- GEORGES-GASNE (Lucie). — Les états précancéreux de la muqueuse du corps utérin. (Thèse Méd., Paris, 1932).
- HAMANT et RICHARD. — Traitement du cancer du corps par l'hystérectomie vaginale. (*Bulletin Soc. Gyn. et Obst.*, 1934).
- HERVÉ (Jacques). — Contribution à l'étude du traitement du cancer du corps. (Thèse Méd., Lille, 1930).
- KAMNICKER. — Traitement du cancer du corps. (*Journal de Chirurgie*, 1932).

LECLERC. — Cancer du corps. Diagnostic. Traitement. Résultats. (*Presse Médicale*, 1934).

LUZUY. — Hystérectomie vaginale. Indications et technique. (Thèse Méd., Paris, 1931).

POZZI. — *Traité de Gynécologie*.

PAUCHET. — Thèse Méd., Paris, 1896.

POTHERAT. — Cancer utérin et hystérectomie vaginale. (Thèse Méd., Paris, 1910).

QUÉNU. — Métrorragies après la ménopause. (*Bulletin Médical*, 1934).

ROUFFART. — A propos de l'hystérectomie vaginale dans le traitement du cancer du corps. (Archives Franco-Belges, août 1927).

ROUSSY, LEROUX et OBERHING. — *Précis d'anatomie pathologique*.

SHELTON HIRSLEY. — Cancer utérin et hystérectomie vaginale. (*Journal de Chirurgie*, 1935).

TIXIER. — Cancer total de l'utérus. (*La Gynécologie*, 1931).

TOURNEUX. — Métastases ganglionnaires. (*La Gynécologie*, déc. 1931).

VIOLET. — Diagnostic et Traitement du cancer du corps. (*La Gynécologie*, nov. 1931).

— Indications de l'hystérectomie vaginale. (*La Gynécologie*, juillet 1928).

Table des Matières

INTRODUCTION.	7
CHAPITRE PREMIER. — Considérations cliniques.	9
Symptômes fonctionnels	10
Signes physiques	11
Formes cliniques	12
Anatomie pathologique et formes anatomiques.	12
Evolution.	14
Diagnostic.	15
Diagnostic d'opérabilité	18
CHAPITRE II. — Le traitement.	21
La Radiumthérapie	21
Le traitement chirurgical	23
De l'hystérectomie abdominale	25
CHAPITRE III. — De l'hystérectomie vaginale.	31
Les indications de l'hystérectomie vaginale.	32
Les contre-indications	35
Avantages de cette opération.	36
Inconvénients.	37
Technique opératoire	38
CHAPITRE IV. — Résultats comparés de l'hystérectomie abdominale et de l'hystérectomie vaginale.	43
CHAPITRE V. — Observations.	49
CONCLUSIONS.	59
BIBLIOGRAPHIE.	61

Vu le :

Nancy, le 16 Juillet 1935 .

Le Président de thèse,

HAMANT

Vu et approuvé :

Nancy, le 16 Juillet 1935

Pour le Doyen de la Faculté de Médecine

L'Assesseur

R. COLLIN

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 17 Juillet 1935

Le Recteur de l'Académie,

BRUNTZ,

Président du Conseil de l'Université.

